

痴呆性老人対策推進本部 報告

昭和62年8月26日

痴呆性老人対策推進本部

はじめに

我が国は、世界で最も平均寿命の長い国の一つであるが、同時に、かつて経験したことのない高齢社会に移行しようとしており、“豊かで健やかな長寿社会”の実現は、21世紀に向けて、我が国最大の目標となっている。

しかしながら高年齢人口が飛躍的に増加することから、寝たきり、痴呆など要介護老人の増加は避けられないところであり、このことが将来、我が国の経済社会に大きな影響を及ぼすものと予想される。

なかでも痴呆性老人は、特有の精神症状や問題行動があるため、他の要介護老人とは質量ともに異なった介護が必要であり、介護する側、特に家族は多大の精神的・肉体的負担に苦悩することになるのが実情である。しかしながら、痴呆については、その発生原因、発生メカニズムともに未解明な部分が多いこともあって、予防などの体制が採りにくく、これまでの一般の老人や障害をもった老人を対象とした各般の施策の中で、それぞれ対症療法的な対策が採られているに過ぎない。

このため、いかに痴呆の発生をおさえるか、どのような治療、介護を行うべきか、介護家族の負担をどう軽減するか、痴呆性老人を受け入れる施設としてどのようなものが必要か、医療、介護に当たる専門職はどうあるべきか等についての早急な検討が求められている。

このような背景を踏まえ、厚生省では総合的な痴呆性老人対策の確立を図るため、昭和61年8月、省内に「痴呆性老人対策推進本部」を設置するととも

に専門的事項を検討するため省外の有識者で構成する痴呆性老人対策専門委員会を設置し、この問題について検討を行ってきた。

この報告書は、専門委員会の論議を踏まえつつ、これまでの本部における検討結果を取りまとめたものである。

第1 痴呆性老人について

(1) 痴呆とは

ア．人間は誰でも年を取れば、物忘れが多くなるなど知能の老化現象が見られるが、これらは老化に伴う通常の知能の低下であり、病的なものではない。これに対し、痴呆とは、脳の後天的な障害により一旦獲得された知能が持続的かつ比較的短期間のうちに低下し、日常生活に支障をきたすようになることで、傷病に起因する点でも前者とは異なる。

イ．痴呆をその原因で区分すると脳梗塞・脳出血などの脳卒中による脳血管性痴呆と、原因不明の脳の変性疾患によるアルツハイマー型痴呆とが代表的であるが、我が国においては前者が後者よりも多く、欧米諸国とは対照的である。また、アルツハイマー型痴呆は、初老期に好発するアルツハイマー病と老年期に好発するアルツハイマー型老年痴呆とに分けられる。

(注) その他、痴呆をきたすものとしては、脳の外傷や腫瘍、感染、中毒、代謝障害等があるが、これらの中には根本的な治療が可能なものもあり、早期において適切な鑑別を行うことが大切である。

(2) 痴呆性老人の症状

痴呆性老人の主症状は持続的な知能の低下であり、記憶障害や理解力・判断力の低下が出現し、ひいては人格水準が著しく低下する。

また、知能の低下に、

- i) 妄想、幻覚などの精神症状や徘徊、不潔行為といった問題行動
- ii) 衣服の着脱行為の障害、失禁、歩行の障害などの日常生活における動作能力の低下

iii) 身体的疾患などの合併症

を伴うことになるが、これらの現れ方は著しく多様である。

(3) 痴呆性老人の出現率と将来推計

ア．昭和61年8月までに40の都道府県及び6政令市において、在宅の痴呆性老人について実態調査が実施されている。

これらの調査のうち、精神科医が携わり、その方法も類似している12都道府県市の調査結果に基づき、年齢階層別に在宅の痴呆性老人の出現率を推計すると、65 - 69歳1.2%、70～74歳2.7%、75～79歳4.9%、80～84歳11.7%、85歳以上19.9%であり、高齢になるにしたがって出現率は高まる。これをもとに、昭和60年の我が国の65才以上の老人人口全体に対する在宅の痴呆性老人の出現率を求めると、4.8%となる。

イ．上記の年齢階層別の出現率を基礎に、我が国の人口の将来推計を用いて在宅における痴呆性老人数の将来推計を行うと、昭和60年に59万人であったものが、昭和75年には112万人、昭和90年には185万人となり、15年間でほぼ2倍、30年間で3倍以上と、急激に増大することが予想される。

第2 痴呆性老人を取り巻く現状と課題

(1) 調査研究と発生予防について

ア．痴呆の原因、予防方法、診断、治療等に関し、これまで得られている科学的知見は限られたものであるが、痴呆の原因別類型により、その事情はかなり異なる。

痴呆のうちアルツハイマー型痴呆については、その原因・発生メカニズムが不明であり、なに

よりもその究明が急がれている段階にあるが、欧米諸国においては、老化研究の最重要テーマとして重点的に研究されているのに比べ、我が国は研究が立ち後れている現状にあることから、早急に研究体制を整備し、研究を促進する必要がある。

他方、脳血管性痴呆については、その原因である脳卒中を予防することにより、痴呆の発生を防ぐことが相当程度可能であるので、脳卒中の予防・治療対策の確立とその推進が望まれている。さらに、脳の動脈硬化など脳血管障害の原因の完全な解明と脳卒中となった後の痴呆の発生予防の研究も必要である。

また、痴呆性老人に対し必要とされる治療、介護の内容、程度などの疫学的、社会医学的な実態が十分把握されていないため、これらの実態把握にも努めなければならない

イ．このため、必要な研究費を確保し、相互の連絡調整にも十分配慮しつつ、重点的な調査研究を推進していく必要がある。

(2) 在宅における介護について

ア．我が国では症状の軽い場合を中心に、現在、大多数の痴呆性老人が家庭で家族により介護されている。

痴呆性老人の介護の実態をみると、

i) 痴呆性老人は知能が低下しているだけでなく、精神症状、問題行動を随伴することや寝たきり状態であったり、身体的疾患を合併していることが多いため、必要とされる介護量は極めて大きく、その内容も濃密なものが求められる。

特に、精神症状や問題行動といった随伴症状が著しい場合には、一層介護が困難であり、常に目が離せないため昼夜を問わない介護が必要である。

ii) 介護等の必要度は、痴呆の主症状である知的機能の低下の程度だけに比例するものではなく、むしろこれに伴う問題行動や日常生活の動作能力の低下、身体的疾患等の諸症状に直接結び付く。

iii) 痴呆に対する介護は長期化する傾向があるほか、随伴症状に顕著な改善が見られない場

合も多いことから、疲労や先が見えない不安により、介護意欲の低下がみられる。また、介護家族は、周囲の無理解・偏見等のため、社会的に孤立してしまうことが少なくない。

iv) 在宅で介護を行っている者は痴呆性老人の妻、嫁又は娘である場合が多く、介護者自身が高齢、病弱であったり、核家族化、居住環境などにより、家庭における介護は困難となっている。また、女性の社会進出の増加等により、在宅介護と勤務等との調整の問題が一層浮き彫りになっている。

このように、痴呆性老人を介護する者の精神的・身体的負担は極めて大きく、その軽減・解消は、喫緊の課題となっている。

イ．現在実施されている相談事業、デイ・サービスなどの老人対策は、痴呆性老人にも利用可能であるが、痴呆性老人の特性を十分考慮したものとはなっていない。また、全国的にみた場合、実施されていない地域があったり、施策間の連携を欠くことから、これらのサービスを利用できない場合もある。このため、痴呆性老人の諸症状にも配慮しつつ、施策の充実に努める必要がある。

(3) 施設における介護について

ア．痴呆性老人については、寝たきり老人に比しても、医療面のニーズが高いことや、介護がより複雑で量的負担も大きいことから、家庭で介護しきれない場合の受入施設が必要である。

このため、痴呆性老人各々の精神症状、問題行動等の随伴症状や身体的疾患、日常生活の動作能力などの合併症に応じ、既存の施設体系の中で受入れを促進していくこととし、その前提となるマンパワー等を確保していく必要がある。

イ．精神症状や問題行動が著しい痴呆性老人には、専門的な精神科医療が必要であるが、現在の精神病院の施設・設備や人員配置の基準では、十分な処遇を行うことは困難であるし、治療効果の上からも治療目的も方法も異なる一般の精神病患者とは区分して処遇することが適当である。

このため、これらの痴呆性老人を受け入れ、短期間で集中的に専門的医療と手厚い介護を行う専門の病棟を整備していく必要がある。

ウ．また、精神症状や問題行動等が軽快し、退院・退所した後の在宅介護を支援するサービス機能の充実も重要である。

(4) 介護の心構えと方法について

ア．痴呆性老人の多くは、痴呆の進行に伴い知能が低下しても、感情機能は保たれていることが多いから、恐怖感、焦燥感、孤独感といった“心の痛み”を感じやすく、しかられたり、とがめられたりした場合など極度の緊張を強いられると、精神症状や問題行動を生ずることにもなる。したがって、人間としての尊厳を保つよう、かつての生活歴や性格を踏まえながら、痴呆であるという現実を受け入れ、そのペースに合わせた受容的態度で接するなど、その介護者には他の要介護老人の場合にはみられない特別な配慮が求められる。

イ．ところが、介護家族は、痴呆性老人そのものや介護方法についての情報、知識が乏しいことから、戸惑い、焦り、誤解などのために対応を誤り、症状を悪化させるなど自が困難な状況を作り出していることもある。また、各施設においても、痴呆性老人各々の特性に着目した有効な処遇方法についてのノウ・ハウが不足していることが多い。

ウ．このため、国が率先して、介護家族に対し老人の痴呆そのものや介護の在り方、方法等についての啓発普及に努める一方、施設においても、介護方法の確立及び介護技術に関する一層の充実に努める必要がある。

(5) 取組体制について

痴呆性老人の適切な処遇のためには、精神科ないし一般的医療や介護を始め様々な方面からの対応が求められるが、現在のところ各般の施策は、精神保健、老人保健、老人福祉等別々の体系によって講じられており、相互の連携も必ずしも図られていない。したがって、痴呆性老人を抱える家族が相談を望んでも、まずどこに行けば良いのかわからず、相談を受けた窓口がそれを処理しようとしても、総合的な取組体制が採られていないための限界に直面することが少なくない。

このため、各自治体において保健・医療・福祉

の連携の強化を図るとともに、国においても、痴呆性老人を始め高齢者の問題について、一元的、総合的な取組を可能とする組織体制と連携の在り方を検討しなければならない。

第3 痴呆性老人対策の推進

1 調査研究の推進と予防体制の整備

(アルツハイマー型痴呆の原因究明等の重点的研究)

現在行われている老人の痴呆に関する各種の研究を、原因が不明で多くの人に老後の不安をもたらすことともなっているアルツハイマー型痴呆に関する研究を始め、基本的に次の3体系に整理し、相互の連絡調整をとりつつ、集中的な研究を推進する。また、現在、長寿科学研究組織の在り方について検討が進められているが、その場合においては、老人の痴呆の研究を重点的研究課題とすることを検討する。

- i) アルツハイマー型痴呆の原因の究明、治療方法等に関する研究
- ii) 脳血管性痴呆の発生予防、治療方法等に関する研究
- iii) 痴呆性老人の簡便で正確な診断、スクリーニング方法の開発並びに看護、介護等社会医学、保健福祉に関する研究

(国際研究協力、民間活力の活用等の推進)

国際シンポジウムの開催や研究者の交流・派遣などの国際的な研究協力を行うとともに、官民共同研究や民間活力を活用した医薬品、医療機器等の研究開発を推進する。

(医療・介護ニーズの把握等)

ア．知能の低下及び随伴症状の程度別の医療・介護ニーズの実態をきめ細かに調査し、施設や在宅介護に関する行政ニーズを引き続き明らかにする。

イ．痴呆性老人を対象とした効果的な老人保健事業の確立を図るため、老人の痴呆に関する健康教育、健康診査、訪問指導等を試行的に実施し、その結果を評価、分析する。

ウ．各種調査研究の成果、全国各地で試みられて

いる医療・介護の事例、全国各地で利用可能なサービスや施設に関するデータ等を集積し、広く行政や一般の利用に供するための情報機能の整備について検討する。

(脳卒中の半減)

ア．我が国における老人の痴呆の大半を占める脳血管性痴呆は、その原因となる脳卒中を予防することによって、相当程度防止できるが、老人保健事業第2次5カ年計画に沿い、昭和57年度からおおむね10カ年で脳卒中の発生率の半減を目指しているところであるので、その着実な推進を図る。

イ．また、脳卒中の防止に効果のある余暇の過ごし方や食生活の在り方等に関し、積極的な普及啓発事業を行う。

2 介護家族に対する支援方策の拡充

(相談体制の強化)

ア．介護家族の悩みや不安を解消し、的確な情報を提供するため、都道府県高齢者総合相談センター（シルバー110番）の整備を推進し、電話により手軽に相談できる体制をつくる。

イ．痴呆性老人を抱える家族等がまず相談に出掛けるところとして、保健所、福祉事務所及び地域の開業医が挙げられるが、現状ではいずれも痴呆性老人の問題についての知識や経験が必ずしも十分とは言えない。したがって、各担当者が痴呆性老人の問題に精通できるよう研修の実施や適性の確保を図りつつ、相談内容の充実と相互の連携強化を図る。

また、痴呆性老人を抱える家族等が相談機関に出向いて相談することは困難な場合も多いので、精神衛生相談員等が訪問して相談や指導を行う体制を強化する。

ウ．介護家族の抱える悩みに応え、痴呆性老人の介護に当たっての心構えや処遇技術をわかりやすく伝えて行くため、家庭介護のためのマニュアルの普及を図るとともに、テレビ等のマスメディアを積極的に活用する。

(デイ・サービス、ショートステイ事業の拡充)

ア．家庭奉仕員派遣事業，通所によって入浴サービスや食事サービスを行うデイ・サービス事業及び要介護老人を短期間預かるショートステイ事業については，痴呆性老人の特性にも配慮し，介護に当たる者の資質の確保を図りながら，その普及を図る。

イ．多数の痴呆性老人が通所するデイ・サービスセンターに対して，運営費助成上の配慮を行うこと，及びショートステイ事業において，痴呆性老人とともに介護家族も滞在し，介護の心構えや方法等の指導並びに介護に関連した各種公的サービス等の紹介を受けるホームケア促進事業を実施することを検討する。

（デイ・ケア等の拡充）

病院等に通院して心身機能の回復訓練等を受けるデイ・ケアについては，家族の要望も強いことから，痴呆性老人専門治療病棟へのデイ・ケア施設併設や老人保健施設におけるデイ・ケアや短期入所ケアの実施等，その一層の普及，促進を図る。

（その他の在宅介護施策）

痴呆性老人の在宅介護を容易にするためには，各種公的サービスの提供にとどまらず，住宅の改善や介護者の経済的負担への配慮など幅広い対策が必要であるので，政策金融や税制を含めた各般の施策の充実につき検討を進める。

（初老期痴呆対策）

アルツハイマー病を含む初老期に発生する痴呆については，年齢制限のため，現行の在宅保健福祉村策の対象とならない場合があるが，必要に応じその対象に追加することについて，引き続き検討する。

3．施設対策の推進

（施設処遇の基本的な考え方）

痴呆性老人は，主たる症状である知能の低下のほかに，精神症状・問題行動，日常の生活動作能力の低下，身体的疾患などを伴うことが多く，家庭の介護能力を超え，各家庭では対応しきれない場合も生じる。このため，家族が肉親を安心して

託せる施設を確保する必要があるが，これらの随伴症状の有無や程度は，個々のケースごとに様々であるので，それぞれに必要な医療や介護の種類や程度に応じ，次のような施設において処遇することが望ましい。

- ・寝たきり等の状態に対する常時の介護 特別養護老人ホーム
- ・寝たきり等の状態に対するリハビリテーション看護，介護 老人保健施設
- ・慢性の身体的疾患に対する一般的医療 老人病院
- ・急性の身体的疾患に対する一般的医療 一般病院
- ・精神症状・問題行動に対する精神科医療 精神病院

（痴呆性老人専門治療病棟の整備）

現在，施設対策として最も緊急を要するのは，精神症状や問題行動の著しい痴呆性老人の受入施設の問題である。現状では，これらの痴呆性老人を抱える家族が多大の精神的，身体的負担を余儀なくされている一方，施設処遇の場合も，既存の体系の枠内では，必ずしも十分な医療や介護を行い得ていない。

精神症状や問題行動の著しい痴呆性老人に対しては，特に行動制限や薬物多用といった治療方法よりも，生活機能の回復等に重点を置いて，精神科的な専門医療と十分な介護を行うことが適当であるので，このような医療，介護を可能とする痴呆性老人専門の病棟を，老人人口や医療の供給体制など各都道府県の特性に応じて整備する。また，この病棟に，デイ・ケアを行うための施設を併設し，介護家族の支援や退院の円滑化に役立てることとする。

この痴呆性老人専門治療病棟の整備，普及を図るために，適切な病院を選んでパイロット事業を実施し，回廊式廊下やリハビリテーション機器などの特殊な施設設備の整備及び適切な精神科医療と十分な介護を行うための人員確保に努める。

（その他の施設）

ア．老人保健施設の整備を促進し，リハビリテー

ション，看護及び介護を必要としている痴呆性老人を受入れる。

イ．痴呆性老人の入所比率が高い特別養護老人ホームにおいては，介護等の充実を図る観点から措置費の加算が行われているが，精神医学面からの処遇を更に充実する観点から，専門家による相談，助言の充実を図る。

（国立療養所モデル事業の実施）

精神症状や問題行動を有する痴呆性老人の医療，看護に関する技術及び保健，医療，福祉の連携による地域ケアシステムの開発等を目的として，国立療養所におけるモデル事業を実施する。

（診療報酬の見直し等）

痴呆性老人の特性に合った医療を確保する観点から診療報酬を見直すとともに，患者の症状に応じた入退所を円滑化するための費用負担の在り方について検討する。

（初老期痴呆対策）

アルツハイマー病等初老期痴呆については，年齢制限のために施設に入所できない事例のあることが指摘されているが，当面特別養護老人ホームにおける受入れを促進するほか，引き続きその対策について検討を行う。

4 その他

（専門職に対する研修）

ア．痴呆の早期発見と適切な処遇のために，プライマリーケアを担う一般開業医を始めとする専門職が大きな役割を果たしていることから，医師，保健婦等の専門職に対する研修を一層充実する。

イ．特別養護老人ホーム職員（寮母等），家庭奉仕員，相談事業担当者等に対し，処遇技術，精神保健に関する知識等の習得を目的として実施されている研修の一層の充実を図る。また，新たに法制化された社会福祉士及び介護福祉士の養成において，痴呆性老人に対する専門的知識，技術の習得及び実習がなされるよう十分配慮する。

（痴呆性老人対策の総合的推進）

ア．痴呆性老人対策には，精神保健，老人保健，老人福祉等を通じた総合的な取組が必要であり，行政と家庭，地域の開業医，福祉・医療の各種施設等の密接な連携が不可欠である。

イ．このため，地方自治体においては，衛生・民生部局相互の連絡を密にするなど取組体制を強化するとともに，保健，医療，福祉各分野のネットワーク化を目指し，昭和62年度から設置された都道府県高齢者サービス総合調整推進会議，保健所保健・福祉サービス調整推進会議及び市町村高齢者サービス調整チームの活用を図る。

ウ．国においても，保健・医療・福祉を通じ，総合的に施策を推進して行くための組織体制と連携の在り方について検討を行う。

（普及啓発の推進等）

ア．痴呆性老人については様々な偏見や誤解が存在し，在宅や施設における心の通った医療，介護の妨げとなるケースがあることが指摘されている。

このため，痴呆性老人に対する偏見や誤解のない地域社会を創るための啓発普及を推進する。

イ．在宅等における介護を支援するボランティア並びに家族会等の相互扶助組織の育成を図り，痴呆性老人を含む地域社会の福祉向上を図る。

＜参考資料＞

資料1

痴呆性老人対策推進本部本部委員

本部長 副本部長 本 部 員
(3名) (10名)

事務次官 官房長 大臣官房総務審議官
保健医療局長 大臣官房審議官
社会局長 科学技術担当
健康政策担当
保健医療担当
薬 務 担 当
医療保険担当
健康政策局長
保健医療局老人保健部長
保健局長
大臣官房政策課長

資料2

痴呆性老人対策専門委兵舎妻鼻

石井 岱三 (株)名栗園長
(座長)大谷 藤郎 社会福祉・医療事業団 理事
大塚 俊男 国立精神・神経センター精神
保健研究所老人精神保健部長
柄沢 昭秀 東京都老人総合研究所心理精
神医学部長
久池井 暢 松原保健所長
沢田 徹 国立循環器病センター臨床心
理部長
中島紀恵子 千葉大学看護学部看護学科助
教授
西村 健 大阪大学医学部附属病院精神
科部長
大阪大学医学部精神医学教授
室伏 君士 国立療養所菊池病院長
(50音順)
役職は委員会発足時

資料3

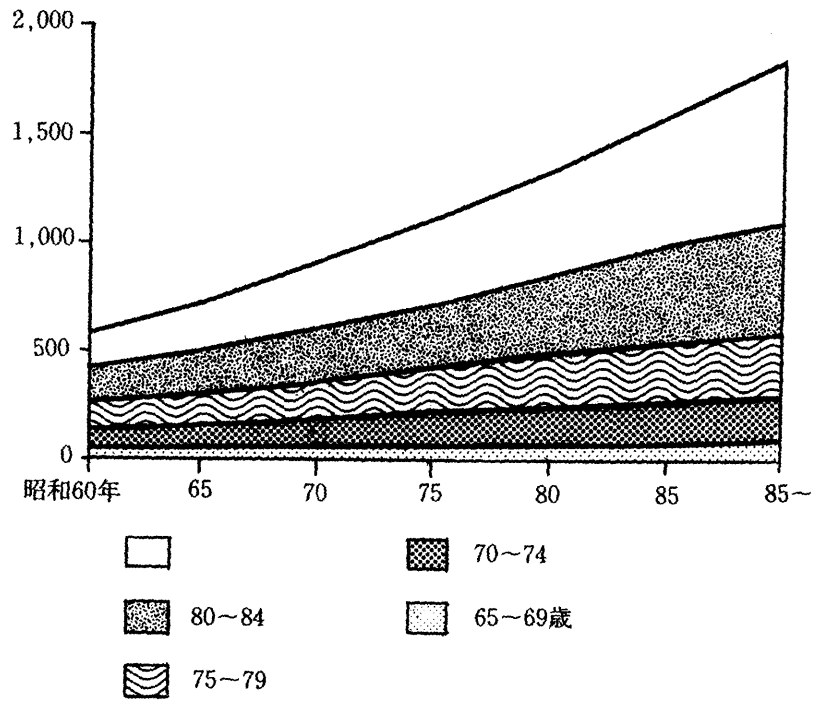
痴呆性老人の現在及び将来の推計数（在宅）

（単位 千人）

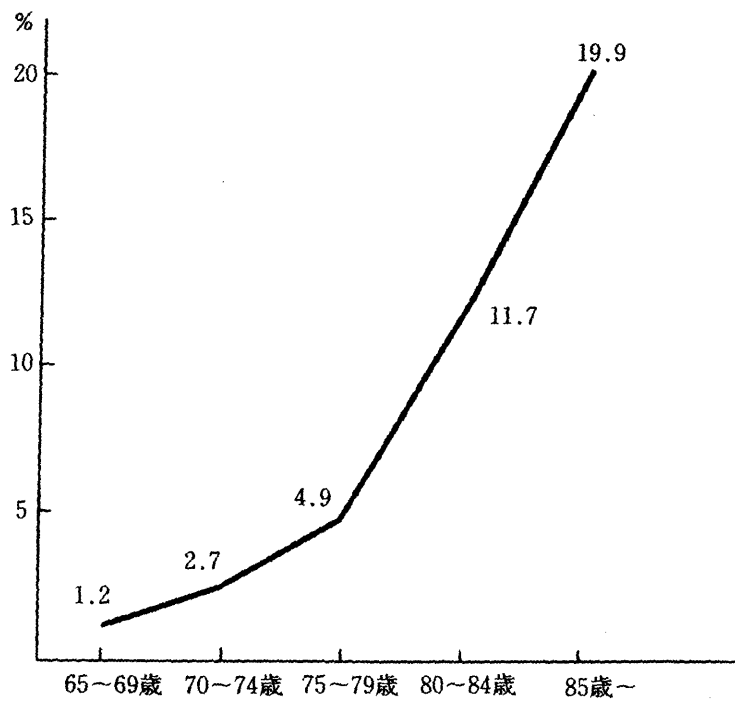
		昭和60年	65年	70年	75年	80年	85年	90年
総人口 (A)		121,048	124,225	127,565	131,192	134,247	135,823	135,938
65才以上人口 (B)		12,468	14,818	18,009	21,338	24,196	27,103	30,642
在宅推計数 (C)		593	744	924	1,121	1,338	1,593	1,848
年齢階層別 (%)	65～69才	(8.6)	(8.2)	(8.2)	(7.6)	(6.5)	(6.0)	(6.1)
	70～74	(16.2)	(13.8)	(13.6)	(14.0)	(13.1)	(11.3)	(10.7)
	75～79	(20.6)	(19.6)	(17.2)	(17.5)	(18.4)	(17.3)	(15.3)
	80～84	(28.3)	(28.8)	(28.4)	(25.9)	(27.1)	(28.6)	(27.8)
	85～	(26.3)	(29.6)	(32.6)	(35.0)	(34.9)	(36.8)	(40.1)
出現率 (%) (C/A)		(0.49)	(0.60)	(0.72)	(0.85)	(1.00)	(1.17)	(1.36)
ク (%) (C/B)		(4.75)	(5.02)	(5.13)	(5.25)	(5.53)	(5.88)	(6.03)

- (注) ・人口については、昭和60年国政調査、65年以降は、厚生省人口問題研究所編「f」本の将来推計人口」（昭和61年12月、中位推計）を用いた。
- ・痴呆性老人の推計数は、65才以上の年齢階層別（5才階層）人口に12都道府県市の調査結果による年齢階層別の出現率を乗じて算出し、合計した。
 - ・12都道府県市は、北海道、東京都、神奈川県（横浜市、川崎市を除く）、横浜市（西区、保土ヶ谷区、旭区）、川崎市、新潟県（新発田市、六日町、新穂村）、富山県、山梨県、岐阜県（土岐市、柳津町、高鷲村）、大阪府（大阪市を除く）、愛知県（名古屋市を除く）佐賀県。

参考 在宅痴呆性老人推計数の推移



年齢段階別出現率



資料4

痴呆の程度の割合（在宅）

	痴呆の程度（％）			
	軽度	中等度	詰度	非常に高度
北海道	37.0	29.0	18.1	9.4
東京都	41.9	24.7	26.3	7.1
神奈川県（横浜・川崎市除く）	50.0	22.9	21.4	5.7
川崎市	46.4	29.8	23.8	
新潟県（3市町村）	32.2	21.8	23.0	23.0
富山県	48.3	23.3	20.0	8.3
山梨県	26.0	28.0	24.0	12.0
岐阜県（3市町村）	50.0	21.4	31.4	7.1
大阪府（大阪市除く）	44.9	31.7	23.4	
愛知県（名古屋市除く）	62.4	25.4	8.8	3.4

（資料）

老人のぼけの程度の臨床的判定のめやす

（原則として悪い症状を重視して判定する）

- 1) 知的能力衰退なし
活発な精神活動（知的活動）のあることが認め得た場合
日常生活における、通常の会話が可能
知的能力衰退の徴候、たとえば失見当、粗大な記憶障害、関心の低下、不潔などは認められていない
手助けを必要とする程の知的衰退がない
- 2) 軽度
日常生活や理解は大体可能だが、内容に乏しく、あるいは不完全
生活指導、ときに介助を必要とする程度の知的衰退
- 3) 中等度
なれない環境での一時的失見当

簡単な日常会話がどうやら可能

しばしば介助が必要、金銭の管理、投薬の管理が必要なことが多い

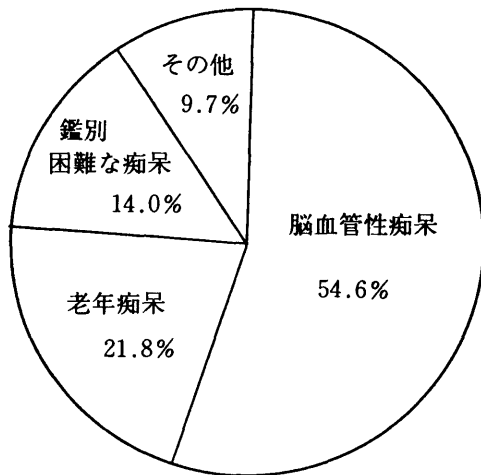
- 4) 高度
たとえば施設内での失見当、さっき食事したことすら忘れる
簡単な日常会話すら困難
常時手助けが必要
- 5) 非常に高度
自分の名前すら忘れる
寸前のことすら忘れる
自分の部屋がわからない
身近な家族のこともわからない

（東京都調査で用いた判定基準より）

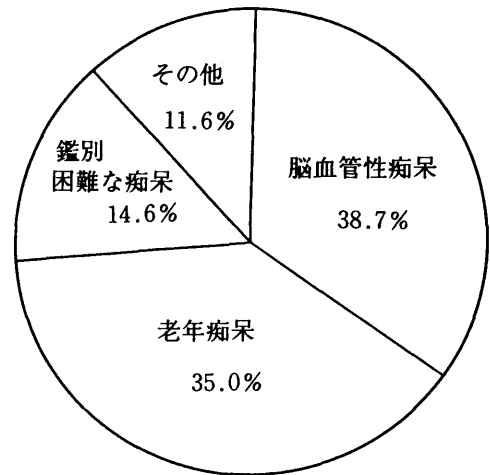
資料5

痴呆の原因による分類（在宅）

原因による分類（10自治体の平均一男）



原因による分類（10自治体の平均一女）



10都道府県市の調査結果より集計

（北海道、東京都、神奈川県（横浜・川崎市除く）、横浜市（3地区）、川崎市、富山県、山梨県、岐阜県（3市町村）、大阪府（大阪市除く）、愛知県（名古屋市除く）

※ 資料3～5は「わが国の在宅の痴呆性老人の実態」（精神衛生研究第33号別冊）による地方自治体の痴呆性老人に関する実態調査の集計に基づく。

資料6

痴呆性老人の特性

痴呆性老人に見られる一般的特性

基本症状	記銘・記憶力障害 日時・場所の見当識障害 計算力の障害 理解力・判断力の障害	1
日常生活能力の障害	着脱衣行為の障害 食餌摂取行為の障害 排尿・排便行為の障害（失禁） 入浴行為の障害 歩行の障害（ぬたきり）	53%が寝たきり等の状態 1
異常言動 および 精神症状	徘徊、独語、叫声、昼夜の区別不能 攻撃的行為（暴力）、破衣行為、不潔 行為（弄便）、弄火、収集癖、盗癖、 わいせつ行為 人格障害 拒食、自傷、自殺企図、不眠、情動 興奮、せん妄、抑うつ、幻覚、妄想	42%に問題行動あり 55%に精神症状あり 2 1
身体症状	歩行障害、言語・構語障害 嚥下障害、摂取異常	87%に身体疾患あり 1 2

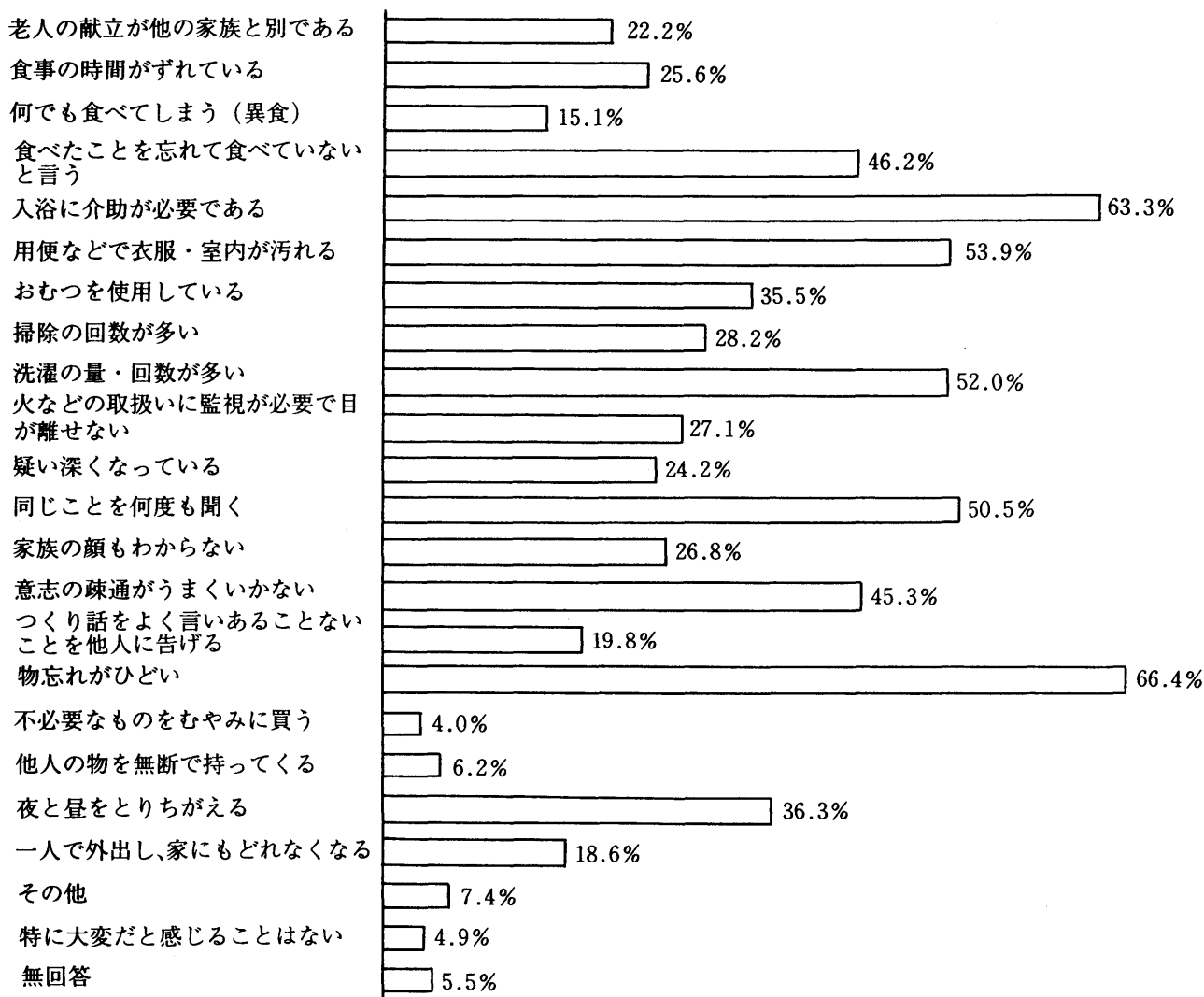
1 厚生省神経疾患研究委託費

「老年期の痴呆の病因・病態・治療に関する総合研究」班（班長：飯塚禮二）

2 昭和55年度「老人の生活実態及び健康に関する調査」（東京都福祉局）より

資料7

在宅痴呆性老人の介護で大変だと感じること



（全国社会福祉協議会・全国民生委員児童委員協議会「在宅痴呆性老人の介護者実態調査」
中間報告、昭和61年7月）

資料8

痴呆性老人に関連するサービス一覧

- (1) 予防
- ・老人保健事業における健康診査
(昭和62年度受診人員 1,450万人)
- (2) 相談
- ・都道府県高齢者総合相談センター(シルバー110番)
(昭和62年度設置 15県)
福祉事務所における相談事業
(昭和61年度 1,174箇所)
保健所における老人精神衛生相談事業
(昭和62年度 426保健所)
- (3) 在宅対策
- ・ショートステイ事業
(昭和62年度対象人員 42,093人)
 - ・デイ・サービス事業
(昭和62年度 410箇所)
 - ・精神科デイ・ケア
(昭和62年度 79施設)
 - ・老人デイ・ケア
(昭和61年度 14施設)
 - ・家庭奉仕員派遣事業
(昭和62年度 家庭奉仕員数 25,305人)
- (4) 施設対策
- ・特別養護老人ホーム
(昭和61年10月1日 1,731箇所
定員127,233人)
 - 精神病院
(昭和61年度 1,610箇所)
*老人精神病棟 4,149床
 - 老人病院
(昭和62年 5月1日 817箇所)
 - 老人保健施設
(昭和62年度 80箇所)

資料9

痴呆性老人の看護, 介護の心構えの例

痴呆性老人へのケアの原則(20カ条) (国立療養所菊池病院長 室伏君士編)

- ・老人が生きてゆけるように不安を解消すること
- と
- 1) 急激な変化を避けること
- 2) 老人にとって頼りの人となること
- 3) 安心の場(状況)を与えること
- 4) なじみの仲間の集まりをつくること
- 5) 老人を孤独にさせないこと
- ・老人の言動や心理をよく把握し対処すること
- 6) 老人を尊重すること
- 7) 老人を理解すること
- 8) 老人と年代を同じにすること
- 9) 設得より納得をはかること
- 10) それぞれの老人の反応様式や行動パターンをよく把握し対処すること
- ・老人をあたたくもてなすこと
- 11) 老人のよい点を見出し, よい点で付き合い合うこと
- 12) 老人を生活的・情動的に扱うこと
- 13) 老人を蔑視・排除・拒否しないこと
- 14) 老人を窮地に追い込まないこと(叱責・矯正しつづけないこと)
- 15) 老人に対し感情的にならないこと
- ・老人に自分というものを得させるように(自己意識化)すること
- 16) 老人のペースに合わせること
- 17) 老人と行動をともにすること
- 18) 簡単にパターン化してくり返し教えること
- 19) 老人を寝こませないこと
- 20) 適切な刺激を少しずつでもたえず与えること
- と

資料10

痴呆性老人のスクリーニング方法の例

国立精研（精神保健研究所）式痴呆スクリーニング・テスト

検査日：昭和 年 月 日 曜日

男・女

検査者

問 題 (正答または採点方法)	回 答	正、誤 ×
あなたの生年月日を教えてください。年 (採点は、年と月日を別々に行なう。年号は採点しない。)月 日		
今日は、何月何日ですか。 (採点は、月と日を別々に行なう。)日	月	
昨日は、何曜日でしたか。曜日		
5月5日は、何の日ですか。 (子供の日、端午の節句、男子の節句、菖蒲の節句)		
成人の日は、いつですか。(1月15日)		
信号が、何色の時に道路を渡りますか。(青)		
母の姉を、一般に何と呼びますか。(伯母)		
妹の娘を、一般に何と呼びますか。(姪)		
太陽はどの方角から昇ってきますか。(東)		
西から風が吹くと、風船はどの方角へ飛んで行きますか。(東)		
北を向いたとき、右手はどの方角をさしますか。(東)		
これから文章を読みます。読み終わった後、「はい」と言ったら、 私の読んだ通りに繰り返して下さい。(ゆっくり読む) 「みんなで力を合わせて網を引きます」 (一字でも間違えたら誤り)		
18たす19は、いくつですか。(37)		
32ひく16は、いくつですか。(16)		
これから数字を言います。「はい」と言ったら、すぐ繰り返して 下さい。(ゆっくり読む) (順唱) 3 - 6 - 4 - 8		
また数字を言いますが、(逆唱)	(1) 9 - 2	
今度は、「はい」と言ったら、	(2) 2 - 4 - 6	
逆の方向から言って下さい。	(3) 7 - 1 - 6 - 5	
	得点(の数)	

確認事項

生年月日 明・大・昭 年 月 日生 年齢 歳

現住所

既往症

判定と指導

得点

0 - 10

11 - 15

16 - 20

判 定

問題あり

境界群

正 常

指 導

痴呆が強く疑われますから、必ず専門医を受診して下さい。
痴呆が疑われますから、専門医を受診することをお勧めします。
現在のところ問題ありません。